

造影検査問診・承諾書

検査日： 年 月 日

検査： CT・MRI

検査を安全に行なう為、該当する項目の□にチェックをお願いします

①アレルギー体質またはアレルギー性の病気はありますか？

なし

あり

〔 ぜんそく・じんましん・アトピー性皮膚炎・アレルギー性鼻炎・飲み薬の副作用
・注射の副作用・食物アレルギー・その他 : 〕

②今までに造影剤の注射をしながら検査をした事がありますか？

なし

あり →いつ頃？ (年 月頃)

※その際、副作用があった方は、その症状・検査名を記入して下さい。

症状：() 検査名 (CT・MRI)

③以下の内容で当てはまる事がありますか？

腎臓が悪いと言われた事がある

現在、妊娠または授乳している

甲状腺の病気で、現在治療している

ペースメーカー・除細動器・脳動脈クリップが留置されている

造影剤は病気の状態を正確に診断する為に使用する薬剤であり、最良の治療方針を立てる為に重要なものです。まれに治療を要する血圧低下やショック等の重大な症状を引き起こす事があり、10万～40万人に1人の割合で死亡することもあるとされています。当院では、適切な対応・処置を行うために、万全の準備を整えております。どうぞご安心して検査に協力して下さい。

説明医師

☆造影剤の必要性と危険性を充分にご理解いただけましたら、下記にご署名をお願いします。

なお、どんな些細なご質問でもお気軽に申し出ください。

私は、造影検査を受ける事を承諾いたします。

平成 年 月 日

新葛飾ロイヤルクリニック施設長 殿

ご本人お名前 :

代理の方お名前 : (続柄 :)

(ご本人が未成年またはご署名できない場合のとき)